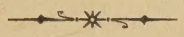
Beitrag

zur

syphilitischen Erkrankung

der

Leber.



Inaugural-Dissertation

verfasst und der

hohen medicinischen Facultät

der

kgl. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Theodor Schulte

approb. Arzt

aus

Bönninghausen (Westphalen.)

Würzburg.

Becker's Universitäts-Buchdruckerei.

1881.

Referent:

Herr Geh. Hofrath Prof. Dr. Gerhardt.

Seinem lieben Collegen

Herrn pract. Arzt

Joseph Kemper

in treuer Freundschaft

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549807_0198

Die Lehre von der syphilitischen Erkrankung der Leber ist schon sehr alt, man kann sagen, ebenso alt als die Lehre von der Syphilis selbst. Die ältesten Autoren, welche uns über die Syphilis berichten, hielten aus rein theoretischen Gründen, in Galenischen Ideen befangen, die Leber für den Ursitz und Ausgangspunkt der syphilitischen Affection. Nach ihrer Ansicht besteht das Wesen der Syphilis in einer Säfteverderbniss, herrührend von einer durch ein flüchtiges Contagium verursachten Leberentzündung. So spricht *Fallopia* in seinem Tractatus de morbo gallico Cap. 10—13. „. . . . et hoc est hepar, in quo tamquam in propria parte oritur morbus (Gallicus)". Nach andern Autoren, wie *Cutaneus* etc. ist die Leber nicht der primäre Sitz der Syphilis, sondern es wird dieses Organ erst secundär ergriffen von einer allmählich sich einstellenden Säfteverderbniss, welche ihre Ursache in einer Erkrankung der Genitalien hat. Trotzdem bestand noch im Anfange des 17. Jahrhunderts die irrige Ansicht, die Leber sei der Primärsitz der Syphilis. Neuen Boden gewann die Lehre von der syphilitischen Erkrankung der Leber und der Syphilis überhaupt, als man anfing, die Theorieen aufzugeben und an Stelle deren genaue, pathologisch-anatomische

Facta zu sammeln. *Bonet* (Sepolchret, Lib. IV. Lect. 9.) welcher einige Fälle von syphilitischer Leberaffection bei der Section beobachtete, nennt die syphilitische Leber „scabie et pustulis quibusdam affectum"; derselbe bemerkt jedoch schon ganz richtig, dass er nur bei wenigen syphilitischen Leichen die Leber miterkrankt gefunden habe. Aehnlich äussert sich *Portal.* Seit *Portal* schweigt die Geschichte der Lebersyphilis längere Zeit, bis in neuerer Zeit *Ricord* (Clinique iconographe de l'hôpit des Veneriens) Lebergeschwülste beschrieb, welche er mit Gummigeschwülsten vergleicht. Nach *Ricord* ist es besonders *Dittrich,* (Prager Vierteljahrschrift 1849 B. 1.) dessen bahnbrechende Arbeit neues Licht über den syphilitischen Erkrankungsprocess der Leber verbreitet. Ihm, sowie *Gabler* (Gaz. médic. de Paris 1852 Nr. 17), *Wilks* und *Virchow* verdanken wir unsere jetzige Kenntniss über das Wesen der Lebersyphilis.

Die Hepatitis syphilitica ist zwar im Verhältniss zur grossen Verbreitung der Syphilis selten, jedoch unter den syphilitischen Affectionen der Eingeweide eine der häufigsten. Bei hereditärer Syphilis bildet Erkrankung der Leber eine der häufigsten Erscheinungen. Die durch acquirirte Syphilis herbeigeführte Hepatitis beobachtet man gewöhnlich erst in einer spätern Periode des Allgemeinleidens. Meist findet man an anderen Stellen des Körpers Erscheinungen, (Gummata, Knochenaffectionen,) die auf ein tertiäres Stadium der Infectionskrankheit schliessen lassen. *Dittrich* sah Fälle von syphilitischer Leberentzündung bereits neben secundären Affectionen. Wahrscheinlich kommt dies öfter vor, gelangt jedoch nicht zur Beobachtung, da der Vorgang völlig symptomlos bleiben kann. Ob ausser der Syphilis noch besondere Schädlichkeiten mitwirken müssen, um die Hepatitis in's Leben zu rufen, ist bis jetzt noch nicht

entschieden. Manche Autoren haben, wie für andere Folgekrankheiten der Ansteckung dem Gebrauche des Quecksilbers ein aetiologisches Moment beigelegt, jedoch ohne Grund, da Fälle von dieser Erkrankung vorkommen, wo nie eine mercurielle Cur angewandt war. *Virchow* legt besonders Gewicht auf die Mitwirkung mechanischer Schädlichkeiten, Contusion, Zug und Zerrung des schweren Organs an seinem Aufhängebande, da gerade an der Insertionsstelle des lig. suspensorium häufig die Affection ihren Sitz hat.

Die syphilitische Erkrankung der Leber nimmt ihren Ausgangspunkt vom interlobulären Bindegewebe und zwar beruht der ganze Vorgang auf einer Wucherung desselben und Infiltration von Kernen, Spindel- und Rundzellen. Aehnlich wie bei der Cirrhose kommt es auch zu einer Umwandlung des zellenreichen Keimgewebes in schwieliges Bindegewebe. Es besteht im Allgemeinen eine grosse Aehnlichkeit zwischen der Cirrhose und der Syphilis der Leber; der einzige Unterschied ist der, dass das unter der Einwirkung des syphilitischen Giftes in der Leber entstehende Gewebe, gegenüber dem cirrhotischen in hohem Grade zu fettigem und käsigem Zerfalle neigt, deren Producte vollständig resorbirt werden können, so dass in manchen Fällen nur eine mehr oder weniger starke Narbe noch auf die Lebersyphilis hinweist. Da der oben als charakteristisch angeführte Process in der allerverschiedensten Weise in der Leber auftritt, hat man Veranlassung genommen, viele getrennte Formen der syphilitischen Hepatitis zu unterscheiden. Der ursprüngliche Process ist bei allen der gleiche, nur die Altersstuffen, die Ausbreitung desselben verschieden. Gegenwärtig spricht man von 2 Hauptformen der Hepatitis syphilitica: der diffusen syphilitischen Hepatitis mit dem Ausgange in Induration und der circumscripten

syphilitischen Hepatitis, der gummösen Hepatitis. Zwischen beiden finden die mannichfachsten Uebergänge statt.

Die diffusse Infiltration kommt fast nur bei hereditärer Syphilis vor, bei den sogenannten todtfaulen Früchten und bei syphilitischen Kindern, die gleich oder mehrere Wochen nach der Geburt sterben. Bei dieser Form der Erkrankung ist die Leber meist in allen Durchmessern gleichmässig vergrössert, derber und schwerer, ihre Farbe grauröthlich oder schmutzig gelbbraun, die Oberfläche glatt, nirgends adhärirend. Auf einer frischen Schnittfläche bemerkt man einen leicht grauen Anflug, welcher sich bei Lupenbetrachtung in zahlreiche minimale Fleckchen sondert. Der acinöse Bau ist undeutlich oder gänzlich geschwunden. Untersucht man eine derartige Leber mikroscopisch, so bemerkt man, dass das interstitielle Bindegewebe verbreitert und mehr oder weniger durchsetzt ist mit kleinkernigen Rund- und Spindelzellen, die sich auch innerhalb der Acini gruppenweise um die Capillaren angehäuft finden und das normale Lebergewebe verdrängen. Die Leberzellen sind entweder normal oder im Zustande der fettigen Metamorphose begriffen.

In mehr beschränkter Weise kommt diese Art der Erkrankung auch bei Erwachsenen vor; jedoch man bekommt meistens nur die davon resultirenden Narben zu Gesicht, indem der Process nach Art einer interstitiellen Hepatitis verläuft. Eine derartige Leber, deren Hülle glatt oder wenig verdickt und mit benachbarten Organen, besonders dem Zwergfelle durch feste Bänder verbunden zu sein pflegt, (Perihepatitis syphilitica) zeigt auf ihrer convexen, selten auf der concaven Fläche eingesunkene, narbige Stellen von faltiger oder strahliger Form und weisser Farbe. Sie kommen entweder vereinzelt oder in solcher

Masse vor, dass sie der Leber ein unregelmässig gelapptes Ansehen verleihen. Dabei ist das Organ oft beträchtlich verkleinert und kann bis zu einer faustgrossen, grobhöckrigen Masse reducirt sein. Diese Narben finden sich selten in der Tiefe des Drüsenparenchyms, ohne die Oberfläche zu erreichen. Das zwischenliegende Drüsengewebe ist entweder normal, häufig im Zustand vicariirender Hyperplasie, zuweilen amyloid degenerirt.

Die eigentliche gummöse Form der syphilitischen Hepatitis charakterisirt sich durch linsen- bis hühnereigrosse weisse oder gelbliche Knoten in den eben beschriebenen Narbenzügen; selten finden sie sich in sonst intactem Parenchym. Die Geschwülste besitzen ein bindegewebiges Gerüste, in deren Maschen sich Fetttröpfchen, Fettkörnchen, Zellenkerne, theils runde, theils spindelförmige Elemente befinden, die runden in der Mitte, die stern- und spindelförmigen an der Peripherie des Knotens. Lieblingssitz der Lebergummata ist die Intertionsstelle des ligamentum suspensorium. *Virchow* führt dies, wie schon oben angegeben, auf rein mechanische Schädlichkeiten zurück. Selten ist das Erweichen der Lebergummata.

Was die Symptome anlangt, von welchen die Krankheit während des Lebens begleitet wird, so sind dieselben oft so unbedeutend, dass man kaum seine Aufmerksamkeit auf eine Erkrankung der Leber lenkt, selbst in Fällen, wo die Section tiefe Narben und zahlreiche Gummata nachweist. Es gibt jedoch Fälle, in denen die Symptome deutlich genug hervortreten, um eine Diagnose mit ziemlicher Sicherheit zu stellen. Diese beziehen sich auf Grösse und Gestaltsveränderungen der Leber, auf Störungen des Pfortaderkreislaufes und des Gallenabflusses, endlich auf die Betheiligung des Peritonealüberzuges. Bei der diffussen, sowohl heredi-

tären als auch acquirirten Hepatitis syphilitica gehört Vergrösserung des Organs zu den constantesten Erscheinungen. Bei der circumscripten und eigentlich gummösen Hepatitis ist die Form der Leber eine unregelmässige. Bei Betastung fühlt man nicht selten grosse Einkerbungen und Höcker. Das Organ selbst ist verkleinert, im Gegensatz zu Leberkrebs, bei dem auch Knollen an der Oberfläche bestehen, jedoch das Organ vergrössert ist.

Ein zweites Symptom ist Ascites und Icterus. Ersterer kommt häufig im Verlaufe der Krankheit vor und beruht, wie bei der Cirrhose auf Verschluss zahlreicher Pfortaderzweige durch den Druck der Neubildung in der Glisson'schen Kapsel. Icterus ist im Allgemeinen seltner, und pflegt, wenn er vorkommt, nur wenig ausgebildet und von kurzer Dauer zu sein. Er ist meist die Folge der Obliteration eines grossen Gallenganges durch eine von der concaven Fläche der Leber ausgehende Narbe.

Eines der häufigsten Symptome von Hepat. syphilit. bilden Schmerzen in der Lebergegend, welche bald circumscript, bald über das ganze Organ verbreitet auftreten. Sie haben meist einen dumpfen, drückenden Charakter und werden bedingt durch die gleichzeitig mit der Hepatitis auftretende Perihepatitis syphilitica.

Die Hepatitis syphilitica ist in der Regel von einem deutlichen, mitunter ziemlich beträchtlichen Milztumor begleitet, dem entweder Hyperplasie oder Gummabildung oder amyloide Degeneration zu Grunde liegt. Von Seiten der Nieren besteht häufig Albuminurie als Symptom parenchymatöser oder amyloider Entartung.

Die oben erwähnten Symptome sprechen nur dann mit einiger Sicherheit für Hepatitis syphilitica, wenn ausser ihnen andere unzweideutige Zeichen constitutioneller Syphilis

vorhanden sind. Verwechseln kann man Lebersyphilis sehr leicht mit Leberkrebs, weil beide ziemlich gleiche Symptome haben: Schmerzhafte, knollige Tumoren, Icterus, Ascites. Jedoch dürfte das Vorhandensein der constitutionellen Syphilis, die meistens vorübergehende Schmerzhaftigkeit die oft gleichzeitig auftretende Milzanschwellung und Albuminurie, das Alter und die Constitution, Dauer der Krankheit eine ziemlich sichere Diagnose zulassen.

Der Verlauf der syphilitischen Hepatitis ist schleichend; sie besteht meist schon Jahr und Tag, ohne die geringsten Symptome gemacht zu haben. Sind erst sämmtliche ihr charakteristischen Erscheinungen in flagranti aufgetreten, so vergehen durchgängig noch Monate, unter geeigneter Behandlung sogar Jahre bis exitus lethalis erfolgt.

Zur Erleuterung des Gesagten mögen sieben Fälle von Hepatitis syphilitica dienen, welche in den letzten zehn Jahren in der med. Klinik des Herrn Geh. Hofrath Prof. Dr. *v. Gerhardt* zur Beobachtung kamen und welche mir zur Veröffentlichung in der freundlichsten Weise überlassen wurden.

1. Krankheitsfall.

Der erste Fall betrifft eine bei Hepatitis syphilitica deform gewordene Leber, Hepar. lobotum, welche der Diagnostik leicht zugänglich war. Gleichzeitig bestand amyloide Degeneration des Lebergewebes.

F. S., 36 Jahre alt, wurde vom 30. September, bis 19. Dezember 1880 in der medizinischen Klinik in Würzburg behandelt. Patient litt im Alter von 7 Jahren an Masern, im Alter von 13 und 17 Jahren an Rheumatismus, wahrscheinlich Gelenkrheumatismus, an welchem er jedesmal

6—8 Wochen darniederlag. Dann war er gesund bis zum Feldzug 1870/71, aus welchem er mit Typhus und Ruhr zurückkam. Etwa 12 Wochen war P. deshalb in Behandlung. Einige Wochen nach seiner Entlassung aus dem Lazareth, anfangs April 1871 traten Geschwüre an den untern Extremitäten auf, die 1 Jahr lang zur Heilung beanspruchten und braun aussehende Narben hinterliessen. Seit 1872 bestand stark übelriechender Ausfluss aus der Nase; es wurden häufig dicke, harte Krusten aus der Nase befördert. Herbst 1874 stellte sich Anschwellung beider Füsse ein, das Oedem wurde rasch zu einem allgemeinen und verursachte Kurzathmigkeit und Herzklopfen. Seit jener Zeit bestanden mit abwechselnder Besserung und Verschlimmerung des Leidens dieselben Beschwerden. Bei seiner Aufnahme in's Spital constatirte man Folgendes:

Pat. mittelgross, Hautfarbe durchaus blass, das Gesicht, besonders an den Augenliedern stark oedematös. Von den Zehen bis zur Mamilla sehr starkes Hautoedem, das Scrotum und Penis mit ergriffen hat. An dem Uebergange der knöchernen in die knorplige Nase besteht ein deutlicher Absatz; äusserst foetider Geruch aus derselben. Das knöcherne Septum fehlt vollständig. Die hintere Hälfte der Nasenhöhle ist ausgestopft mit schwärzlichen, glänzenden Borken, die nur einen Theil des unteren Nasenganges freilassen; Lippenschleimhaut sehr blass, Zunge blassroth, nicht belegt; Schleimhaut des weichen Gaumens sehr blass, am linken vordern Gaumenbogen befindet sich eine kleine Narbe, von ektatischen Venen umgeben. Thorax breit, mässig gewölbt. Die linke Lungenspitze steht um etwas tiefer als die rechte. An der linken Spitze besteht weiches Vesiculärathmen, begleitet von zahlreichen gross- und kleinblasigen, knatternden und pfeifenden Rasselgeräuschen.

Percussionsschall an der rechten Lungenspitze ist leicht gedämpft; Athmungsgeräusch unbestimmt. Man hört daselbst bei der Inspiration kleinblasige feuchte, bei der Exspiration pfeifende Rasselgeräusche. L. hinten heller voller Schall bis zur 11. Rippe, überall gross- und kleinblasige Rasselgeräusche. R. hinten besteht im Interscapularraum eine Stelle mit tympanitischem Schall, deutlichem Bronchialathmen und klingenden Rasselgeräuschen, nach abwärts Dämpfung des Percussionsschalles; Stimmvibrationen sind daselbst abgeschwächt. Die Herzdämpfung ist etwas und zwar nach allen Richtungen hin gleichmässig vergrössert. Spitzenstoss im 5. Intercostalraum, nach aussen von der Mamillarlinie. In der ganzen Ausdehnung der Herzdämpfung hört man ein stark pfeifendes, pericardiales Reibegeräusch, welches die Herztöne verdeckt. Abdomen ist sehr stark und ungleichmässig gewölbt; es besteht starker Ascites. Bei der Palpation in der rechten Seite des Abdomens fühlt man in der Mitte zwischen proc. xiphoid. und Nabel bei tiefem Eindringen unregelmässige, höckrige Tumoren, die mit der Leber in Zusammenhang stehen und auf Druck empfindlich sind. Die Milz ist mässig vergrössert. Temperatur beim Eintritt 36,5; Puls klein, schwach, unregelmässig. Ordination wegen der Kleinheit des Pulses: Aethertropfen und Liquor Ammon. anisat. Der erste entleerte Urin war trübe von bräunlicher Farbe mit sehr hohem Eiweissgehalt. Der weitere Verlauf des Leidens gestaltete sich folgender Massen:

1. XII. 80. Das Oedem der untern Extremitäten, besonders der Genitalien hat bedeutend abgenommen. Die Erscheinungen am Herzen noch die gleichen. Wegen des Foetor's und um die Krusten zu entfernen, werden Ausspritzungen der Nase gemacht. Ausserdem Inhalationen

von Oleum. Tereb. durch die Nasengänge und innerlich ein Infus. fol. uv. urs. mit Jodkali.

2. XII. 80. Das pericardiale Reibegeräusch bedeutend schwächer. Man hört überall nur ein Anstreifen, ein Schaben; Herztöne sind schwach, jedoch rein. Urin ist stark eiweisshaltig. In demselben finden sich ausserdem noch weisse Blutkörperchen, Epithelialcylinder, hyaline und granulirte Cylinder.

3. XII. 80. Geräusch am Herzen dasselbe. Foetor aus der Nase viel geringer, Puls klein, schwach, frequent. Die Erscheinungen an der Leber noch die gleichen. Hier und da hört man über deren Oberfläche ein Reibegeräusch. Charakteristisch ist die rauchgraue Färbung der Gesichtshaut und der Schultern. Ordination: Jodkali, Nasendouche, Inhal. von Oleum Terebint.

In den nächsten Tagen trat eine erhebliche Besserung ein. Diurese reichlich; Eiweissgehalt des Urins mässig, Appetit gut, Stuhlgang regelmässig. Jedoch war die Besserung nicht von langer Dauer, die Oedeme, der Ascites, nahm am 10. XII. bedeutend zu; es stellte sich ziemlich starker Hydrothorax ein und man sah sich genöthigt, am 16. XII. 80. durch 4 Incisionen am Unterschenkel dem Hydrops Ablauf zu schaffen. Der Erfolg war ein eclatanter; jedoch der Kräftezustand des Pat. nahm immer mehr und mehr ab. Es erfolgte am 19. XII. 80. früh Exitus lethalis.

Obduction 25 h. post. mort.

Hypertrophia et dilatatio cordis, Pericarditis, Endocarditis valvulae tricuspidalis, Hydrothorax, Induratio syphilitica apicis pulmonis dextrae, Hepar lobatum, Gummata hepatis, Degeneratio amyloidea hepatis, Atrophia granularis renum, Degeneratio amyloidea lienis et renum.

Ziemlich hochgradig abgemagerte männliche Leiche, Haut gelblich gefärbt, Muskulatur und Panniculus adiposus bedeutend geschwunden. Am r. Oberarm und am r. und l. Oberschenkel mehrere strahlenförmige Narben. Bauch ziemlich stark aufgetrieben. Bei Eröffnung desselben entleert sich eine grosse Menge Gas und gelblicher, seröser Flüssigkeit. Leber ziemlich tief nach unten gesunken. Bei Eröffnung des Thorax findet sich der Oberlappen der r. Lunge vollständig adhaerent, rechter unterer und mittlerer Lappen frei, ebenso die linke Lunge. In der Pleurahöhle beiderseits ziemlich viel gelbliche, etwas trübe Flüssigkeit mit einigen Fibrinflocken. Herz nach links verschoben, vergrössert, im Pericardium seröse Flüssigkeit in ziemlicher Menge. Aus dem l. und r. Vorhof entleeren sich speckhäutige Gerinnsel, Mitral- und Tricuspidalklappe gut durchgängig; r. Vorhof erweitert. An der Tricuspidalis ältere, kleine Auflagerungen; Pulmonalklappen intact. Muskulatur des l. Herzens verbreitert. Mitralklappe verdickt, ebenso die Aortenklappen, sowie die Intima der Aorta. Milz vergrössert, amyloid degenerirt. Die Nieren sind wenig verkleinert, zeigen auf dem Durchschnitt, wie auf der Oberfläche kleine runde Körnchen, vorzüglich in der Marksubstanz; einzelne Stellen amyloid degenerirt.

Leber: Rechter Lappen vorzüglich in seiner Höhe und Dicke bedeutend vergrössert und durch narbige Schrumpfung in mehrere Abschnitte getheilt. Linker Lappen etwas geschrumpft, ebenso getheilt.

Grösste Breite 20 Cm.
„ Höhe 25 „
„ Dicke 12 „

Auf der Oberfläche mehrere weisslich durchscheinende Flecke. Auf dem Durchschnitte erscheinen diese Flecke

als Knoten. Auch im Parenchym befinden sich mehrere solche erbsengrosse, gelbgefärbte Knoten. Parenchym amyloid degenerirt.

2. Krankheitsfall.

Der folgende Fall gehört der indurativen Form der Hepatitis syphilitica an. Von Interesse war die auffallende Formveränderung der Drüse. Während der rechte Lappen bedeutend vergrössert war, war der linke bis auf Kindshandgrösse reducirt. Gleichzeitig bestand Milztumor.

B. D., 40 Jahre alt, war vom 5. Februar 1876 bis zu ihrem Tode am 22. März 1876 in der Klinik des Herrn Hofrath *Gerhardt*. Patientin, eine ziemlich abgemagerte Person, litt schon vor einer Reihe von Jahren, an Husten, Auswurf; letzterer soll häufig blutig gefärbt gewesen sein. 22 Jahre alt lag sie 16 Wochen lang am Nervenfieber darnieder. Patientin hat 5 mal geboren. Während der letzten Schwangerschaft bekam sie Fluor albus, dessen Entstehung sie einer Infection von Seite ihres Mannes zuschreibt. ½ Jahr nach der letzten Entbindung traten hirsekorngrosse Geschwürchen an der Zunge auf, die erst nach einer vierteljährigen örtlichen Behandlung heilten und rissige Narben hinterliessen. Seit jener Zeit war Patientin stets kränklich. Sie klagt über Mattigkeit, geringen Appetit, Schmerz in der Lebergegend, Gefühl von Völle, fortwährendes Frösteln. Es bildete sich allmählich Icterus aus. Gleichzeitig entwickelte sich Ascites, verbunden mit Athemnoth. Da letztere bis zum Aeussersten stieg, wurde zweimal hinter einander die Punction des Abdomens vorgenommen und eine grosse Menge Flüssigkeit entleert. Der Umfang des Leibes erreichte jedoch sehr bald wieder die früheren Dimensionen, weshalb Patientin am 5. Februar 1876 die

Klinik zum dauerndem Aufenthalte aufsuchte. Hier setzte die Untersuchung folgendes fest:

Patientin ist schwach, anämisch, leicht icterisch, Muskulatur, sowie Panniculus adiposus schwach entwickelt, Schleimhaut des Mundes und Rachens normal, die Lymphdrüsen am Hals geschwollen, derbe; Brustorgane normal. Das Abdomen ist sehr voluminös; grösster Umfang 99,5 Cm. Nabel verstrichen und vorgetrieben. Es besteht starker Ascites. Bei der Betastung des Abdomens fühlt man in der rechten Oberbauchgegend ziemlich tief liegend, einen sehr harten, leicht höckrigen Körper. Nach unten erstreckt sich dieser Tumor bis nahe zur Höhe des Nabels. An der Stelle des Tumors besteht Dämpfung. Die Percussion der Milz in rechter Seitenlage ergibt mässige Vergrösserung, sowohl in die Breite, als auch Länge. Die Inguinaldrüsen sind geschwollen. Die Tibia zeigt beiderseits Auftreibungen und Unebenheiten. Der Puls ist langsam, voll, gross, regelmässig, der Urin hell und klar, ohne fremde Bestandtheile. Verlauf des Leidens war folgender: Am 6. II. 76. Die Klagen des Kranken sind im Allgemeinen wenig heftige; Schlaflosigkeit, geringer Appetit. Dicht unterhalb des Processus ensiformis ist bei Druck in die Tiefe Reiben fühlbar. Ordination: Jodkali. In den nächsten Tagen nahm der Ascites sowie die Athemnoth beträchtlich zu. Um der Patientin Erleichterung zu verschaffen, wurde am 15. II. 76. die Punction des Abdomens vorgenommen, 10600 gr seröser, gelblicher Flüssigkeit mit dem spec. Gewicht 1010 entleert. Kranke hatte im Laufe des Tages sehr heftige Schmerzen im Abdomen, besonders in der Lebergegend. Ord.: Ta. opii.

Der Ascites kehrte bald wieder und es wurde am 4. III. 76. die Punction repetirt. In den nächsten Tagen nach derselben war ein Reibegeräusch über der Leber-

oberfläche zu hören, die Lebertumoren schmerzhaft, leicht fühlbar; im weitern Verlaufe Diarrhoeen, Erbrechen. Am 21. III. 76. Tod unter den Erscheinungen der tiefsten Agone.

Obduction 23. III. 76.

Ascites, Hepatitis syphilitica, Degeneratio amyloidea lienis.

Sehr abgemagerte Leiche, bräunliche Hautfarbe, mächtiger Ascites. Das ganze Peritoneum mit einer $^3/_4$ mm. dicken Fibrinschicht bedeckt. Stand des Diaphragma's rechts und links in der Höhe der dritten Rippe. Beide Unterlappen der Lungen hypostatisch, stellenweise atelectatisch, die oberen lufthaltig. Das Herz ist klein, in brauner Atrophie begriffen; Klappen normal. Die Wurzeln der Vena portae besonders die Vena lienalis sind sehr stark ektasirt. Die Eintrittstelle der Vena portae ist mit starken Bindegewebsschichten umlagert; das Lumen derselben von da an sehr verengt, theilweise verschlossen. Die Leber ist bretthart, von fleckigem Aussehen; der rechte Lappen vergrössert, der linke kindshandgross. Auf dem Durchschnitte der Leber bemerkt man dicke, feste Bindegewebsstränge; das Parenchym ist atrophisch, stellenweise vicariirend hypertrophisch. Die Gallengänge sind stark erweitert bis auf 1,5 mm. im Durchmesser. Die Milz ist vergrössert, 23 cm. lang, 12 cm. breit, 7 cm. dick, brettähnlich hart, die Kapsel sclerosirt; Amyloidentartung im Bereiche der Pulpa. Die Nieren zeigen granulirte Oberfläche, Verkleinerung der Gesammtdicke auf dem Querschnitt; Combination von Hydronephrose mit interstitieller Bindegewebshypertrophie. Aorta und Vena cava sind intact. Der Uteruskörper ist etwas verdickt, im Cervicalkanal befindet sich eine verengte Stelle. Die Spitze der Zunge ist vielfach gelappt, bedingt durch eine Gruppe von strahligen Einziehungen,

von denen aus man narbiges Gewebe in die Masse der Zunge verfolgen kann.

3. Krankheitsfall.

Der folgende Fall gehört der gummösen Form der Hepatitis syphilitica an, verbunden mit starker Induration und Narbenbildung. Bemerkenswerth ist der Fall dadurch, dass sich im Innern der Lebersubstanz Gummata vorfanden, was sonst selten ist.

A. Z., 52 Jahre alt, war vom 29. October bis 18. November auf der innern Abtheilung des Juliushospitales. Patient erzählt, im 20. Lebensjahre einen Schanker, im 32. Lebensjahre einen Choleraanfall überstanden zu haben; 40 Jahre alt litt er vorübergehend an Anschwellung und Schmerzhaftigkeit beider Hoden. Am 20. August 1872 stellten sich ziemlich plötzlich ohne bekannte Ursache starke, stechende Schmerzen im rechten Hypochondrium ein, begleitet von Kurzathmigkeit und Husten. Gleichzeitig bestand vorübergehend icterische Färbung der Haut. Der Appetit war schlecht. Es trat angeblich starke Abmagerung ein. Da die Beschwerden nicht nachliessen, sah sich Patient genöthigt, am 29. October 1872 ärztliche Hülfe im Juliushospital zu suchen. Hier nahm man folgenden Status auf:

Auf der Stirn des Patienten finden sich zahlreiche, weissliche, unregelmässige Narbenzüge. An diesen Stellen ist die Haut wenig verschieblich. Die Conjunctiva sclerae ist leicht icterisch verfärbt. Der Thorax ist flach, die rechte Hälfte in den oberen Partieen etwas flacher, als die linke. An der rechten Lungenspitze ist das Athmungsgeräusch etwas bronchial, links verschärft vesiculär. Die Percussion ergibt rechts von der Spitze bis zum untern

Rande der 2. Rippe mässige Dämpfung, links normalen vollen Schall. An den übrigen Theilen des Thorax ist percutorisch und auscultatorisch, Nichts abnormes nachweisbar. Der Unterleib ist stark aufgetrieben; es besteht starker Ascites. Ueber der Leberoberfläche ist ein Reibegeräusch hörbar. Die Leber ist beträchtlich vergrössert, reicht mehr als Fingerbreit unter den Rippenbogen herab, ist uneben, höckrig, auf Druck nicht schmerzhaft. Die Milz ist vergrössert. Einzelne Lymphdrüsen sind angeschwollen. Am Penis ist noch eine Induration vorhanden. An den Knöcheln besteht leichtes Oedem. Die Tibiae zeigen an ihrer Vorderfläche leichte Auftreibungen und Unebenheiten.

Weiterer Verlauf des Leidens:

Am 31. October 1872 klagt Patient über Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, starken Husten. Im Urin findet sich viel Gallenfarbstoff, kein Eiweiss. Ordination: Bäder, Morphium. Am 4. November: Patient schläft besser, Diurese sehr gering. Ordination: Kal. jod. 0,5 pro die; Bäder. Am 9. November: Es treten heftige dyspnoeische Anfälle auf. Diurese noch sehr gering.

Am 14. November: Patient collabirt immer mehr und mehr. Delirien, sehr niedrige Körpertemperaturen. Am 18. November: Exitus lethalis unter den Erscheinungen des tiefsten Collapsus.

Obduction am 19. November 1872 früh 9 Uhr.

Kräftiger Körper; untere Extremitäten ödematös, Bauch aufgetrieben, Haut blass, Conjunctiva bulbi leicht gelblich schimmernd. Von der Mitte der Stirngegend ziehen sich aufwärts bis zum Scheitel eine Menge weisslicher Narben. Entsprechend diesen Hautnarben finden sich am Schädeldach strahlig vertiefte Stellen. Die Muskulatur ist schwach

entwickelt, blass. Bei der Eröffnung der Bauchhöle entleert sich eine grosse Menge gelblicher Flüssigkeit. Die rechte Lunge ist zum Theil mit der Brustwand verklebt, die linke weit zurückgezogen. Das Pericardium ist total adhärent, verdickt, sehnig derb. Auf dem visceralen Blatte desselben zeigen sich Fettmassen, die auf dem Durchschnitte rechterseits etwa 1—1½ cm. dick sind. Dieselben liegen zum Theil einer ausserordentlich reducirten Muskelsubstanz auf, die an der Herzspitze fast ganz geschwunden ist. Das rechte Herz enthält weisse, dunkelrothe Coagula. Die Aorta ist bedeutend erweitert, das Ostium derselben misst oberhalb der Klappen 90 mm. Die Ventrikel sind relativ eng. Die Muskulatur ist dünn, misst an der Herzspitze 2—3 mm. Ueberall besteht eine beträchtliche Fettschicht, deren Dicke am rechten Ventrikel etwa 8 mm. beträgt. Mitralis und Tricuspidalis sind intact. Die Klappen der Aorta sind vergrössert, sonst normal. Lateralwärts vom linken Ventrikel befindet sich innerhalb des Pericardialsacks eine mit derben Blutgerinnseln gefüllte Höhle; die Wände derselben bilden Bindegewebsschichten, deren innere mit dem visceralen, deren äussere mit dem parietalen Blatte des Pericardiums verbunden ist, sich jedoch genau von demselben trennen lassen. Dieser Sack hängt mit der linken Lunge zusammen. Das Lungengewebe ist blutreich, ödematös. An der Spitze der rechten Lunge finden sich schiefrige Herde, mit käsigem Centrum, darüber kleine, narbige Einzeichnungen. Linke Lunge ist bedeutend vergrössert; im untern Lappen lobuläre, hämorrhagische Herde; das Peritoneum ist überall mit Fett stark besetzt. Die Oberfläche des grossen Netzes ist mit dem Peritoneum der Bauchwand verwachsen. Auch bestehen Verwachsungen zwischen Leberoberfläche und Omentum majus. Die Milz

ist vergrössert, derbe. Die Leber ist ebenfalls vergrössert. Auf der vordern Fläche derselben, dem Rippenrand entsprechend finden sich weissliche, strahlige Narben, welche jedoch nicht in die Tiefe eindringen. Gegen die Gallenblase hin ist die Oberfläche von flach-höckriger Beschaffenheit, von bräunlicher Farbe, besetzt mit vielen, kleinen, rundlichen, stellenweise eckigen, gelben und weissen Flecken. Auf dem Durchschnitte bilden dieselben weissgelbliche, circumscripte Knötchen, die in die Lebersubstanz eindringen. Letztere fühlt sich derb und fest an. Die Acini sind klein und bestehen aus dunkel röthlich-gefärbtem Centrum und gelb, icterisch gefärbter peripherer Schicht, welche überall den leicht erweiterten Portalgefässen entspricht. Die Pfortaderäste sind von breiten, derben Bindegewebszügen umgeben. An den Nieren sind keine wesentlichen Abnormitäten vorhanden. In der Mitte des rechten Hodens besteht eine kugelrunde 15 mm. im Durchmesser haltende Neubildung mit gelbgrünlichem Centrum, umgeben von derbem Bindegewebe, weiter oben ähnliche kleinere Neubildungen von zum Theil schon bindegewebiger Beschaffenheit. Der linke Hoden ist derb. Frische Tumoren sind nicht nachweisbar. Die Tunica vaginalis communis und propria sind mit einander verwachsen, derbe schwartige Massen bildend.

4. Krankheitsfall.

Der folgende Fall gehört der particllen indurativen Form der Lebersyphilis an.

C. B., 49 Jahre alt, wurde am 10. Februar 1873 auf die medizinische Abtheilung des Juliushospitals aufgenommen, nachdem derselbe Ende October 1872 daselbst unter der Diagnose Gummata hepatis et lienis mit Erfolg be-

handelt war. Patient berichtet, schon mehrmals 1864 und 1870 die Lungenentzündung gehabt zu haben. Ende April 1872 bekam er Gelbsucht, nachdem kurz vorher Schmerzhaftigkeit in der Lebergegend bestanden hatte. Bald darauf will er eine Geschwulst bemerkt haben, die sich von der Herzgrube quer nach der rechten Seite hinzog. Seit August bis Ende October 1872 war Patient im Spital unter der Diagnose: Gummata hepatis et lienis; seit October konnte er seinen Geschäften wieder nachgehen. Die Gelbsucht bestand fort. Im Januar 1873 entwickelte sich allmählig Hydrops der untern Extremitäten, Ascites, sowie Athmungsbeschwerden und Husten mit weisslichen Sputa. Da die Beschwerden sich mit jedem Tage steigerten, suchte Patient am 2. Februar 1873 wieder das Spital auf. Hier fand man bei der Untersuchung folgendes:

Haut des Patienten stark icterisch, Abdomen bedeutend aufgetrieben, Stirn mit netzförmigen Narben besetzt. Die Untersuchung der Brustorgane ergibt einen über beide Lungen verbreiteten Bronchialcatarrh, ein kleines, beiderseits gleiches Pleuraexsudat, sowie von Seiten des Herzens geringen Grad von Hydropericardium. Das Cavum peritonei ist stark mit Flüssigkeit angefüllt. Die Leber fühlt sich hart an, ist mässig vergrössert und auf Druck empfindlich. Die Milz ist ebenfalls vergrössert. Die untern Extremitäten sind ödematös geschwellt. An der Vorderfläche der Unterschenkel braune Narben. Ordination: Jodkali 1,0 pro die. Der weitere Verlauf des Leidens gestaltete sich folgendermassen: den 13. Februar 1873. Blut im Auswurf, herrührend von einer Petechie am Gaumen; Ulcerationen am Zahnfleisch, Foetor ex ore.

Den 16. Februar: Das Oedem der untern Extremitäten, sowie der Ascites nimmt zu. Ordination: Warme Bäder·

Den 21. Februar: Starker Blutauswurf. Ordination: Inhalationen von Liq. ferri sesquichl.

Den 24. Februar: An der rechten Hand zwei blaurothe Flecke. Petechien an den untern Extremitäten. Die Kräfte nehmen sichtlich ab. Sehr starker Bluthusten und Foetor et ore.

Den 28. Februar: Exitus lethalis.

Obduction d. 29. Februar 1873 9½ Uhr früh.

Hochgradige icterische Färbung der Haut und Conjunctiva sclerae et palpebrarum, starkes Oedem, aufgetriebener Bauch. Aus der Bauchhöhle entleert sich eine grosse Menge stark gelb gefärbter Flüssigkeit. Unterhautzellgewebe icterisch. An der Stirnhaut zahlreiche weissliche Narben, dem entsprechend am Schädeldach kleine Vertiefungen. An den untern Extremitäten grössere Narben, ebenso in den Darmbeingegenden und an der rechten Schulter. Im Pleurasack beiderseits, sowie im Pericardialraume geringe Mengen gelblicher Flüssigkeit; Herz normal. Muskulatur desselben icterisch. Lungen voluminös, mit membranösen Auflagerungen bedeckt, serös durchtränkt. Die Schleimhaut der Bronchen aufgelockert, icterisch; der rechte Unterlappen fast vollständig splenisirt. Die Leber ist vergrössert 26 Cm. breit, 19 Cm. hoch, von grauer Farbe und derber Consistenz. Die Oberfläche derselben ist besät mit weisslichen Flecken, unter denen die Substanz sehnig erscheint. Von einem dieser Flecken ausgehend sieht man einen derben Bindegewebszug tief in die Substanz hineindringen. Das interlobuläre Bindegewebe ist bedeutend verbreitert. Die Leberacini im Centrum dunkel, an der Peripherie blass. Die Gallenblase ist vergrössert, 4 Cm. lang, 5 Cm. breit und ragt als halbmondförmige Geschwulst am untern Leberrande hervor.

Ihr Inhalt besteht aus grünlich brauner Flüssigkeit mit Flocken vermischt. Der Gallengang ist stark dilatirt, unaufgeschnitten 2 Cm. breit; da, wo er an das Duodenum rückt, fühlt man eine apfelgrosse, derbe Geschwulst, welche hinter dem Magen sitzt. Beim Sondiren des Gallengangs kann man nicht in das Duodenum gelangen; es besteht ein Verschluss desselben an der Stelle der Geschwulst. Die Geschwulst selbst bildet der Kopf des Pancreas. Letzteres besteht aus einer derben gelben Masse mit cystischen Erweiterungen. Im Kopf ist die Structur verwischt und zeigt der Tumor ein gleichmässiges gelbes Aussehen, mit zahlreichen kleinen Ecchymosen; der Ductus pancreaticus ist erweitert, mit brauner Flüssigkeit gefüllt, an der Stelle der Geschwulst undurchgängig. Die Milz ist vergrössert' 17 Cm. lang, 12 Cm. breit, und 4 Cm. dick, die Pulpa lienis brüchig, braunroth gefärbt. Die Nierenkapsel ist icterisch, brüchig; die Nieren gross, schlaff, Oberfläche glatt, Rindensubstanz breit, blutreich, icterisch. Die Schleimhaut des Mundes, Rachens und Kehlkopfs, sowie des Digestionsapparates zeigt ausser icterischer Färbung und mässiger Vascularisation keine besonderen Abnormitäten.

Die letzten drei Krankheitsfälle, die ich mittheile, kamen zwar nicht zur Section, die Krankheitssymptome waren jedoch so prägnant, dass man die Diagnose mit genügender Sicherheit auf Lebersyphilis stellen konnte. Zu erwähnen ist, dass die Therapie in diesen Fällen ziemlich günstig wirkte, so dass Patienten nach einem mehrwöchentlichen Aufenthalte im Spital von ihren hauptsächlichsten Beschwerden befreit waren und ihrem Berufe wieder nachgehen konnten.

5. Krankheitsfall.

J. M., 45 Jahre alt, war vom 29. September bis zum 27. October 1877 auf der innern Abtheilung des Juliushospitals. Patient hatte ausser den Jugendkrankheiten im 20. Lebensjahre Tripper, im 30. Schanker. In demselben Jahre überstand er auch Typhus. Seit jener Zeit litt er viel an Brustbeschwerden, Husten, Stechen in der Brust und befand sich deshalb 1870 im Spital zu Frankfurt. Im August 1877 stellten sich plötzlich Schmerzen in der Magen- und Lebergegend, sowie Appetitlosigkeit und Kopfschmerz ein. Auch bestand leichter Icterus. Diese Beschwerden wiederholten sich im September desselben Jahres. Da die Schmerzen in der Lebergegend nicht nachliessen, suchte Patient am 29. September das Spital auf. Hier stellte die Untersuchung Folgendes fest:

Patient ist von kräftigem Körperbau; Conjunctiva sclerae et palpebrarum stark, Haut geringer icterisch. Lippen leicht livide, Zahnfleisch ziemlich stark geröthet, geschwellt. Zunge weiss belegt. Rachentheile leicht hyperämisch. Thorax breit, in den obern Partieen flach; die Auscultation und Percussion der Lunge ergibt ausser einem besonders stark an der rechten Lungenspitze ausgebreiteten Bronchialcatarrh keine wesentlichen abnormen Verhältnisse. Herzdämpfung ist normal, Töne rein. Die Lebergegend ist etwas vorgewölbt. Die Leber fühlt sich in grosser Ausdehnung hart an; die Oberfläche derselben ist glatt. Der untere Leberrand steht in der Mamillarlinie in Nabelhöhe und steigt langsam nach aufwärts in der Mittellinie auf die normale Höhe. Die Gallenblase ist leicht percutirbar, überragt den untern Leberrand um fast zwei Finger Breite. An der betreffenden Stelle ist eine leicht kuglige Vorwölbung

sichtbar. Das Abdomen ist in der ganzen Ausdehnung der Leber auf Druck empfindlich. Die Milz ist mässig vergrössert. Inguinal- und Cervicaldrüsen sind geschwellt. In der linken Inguinalgegend sieht man strahlige Narben, ebenso am Penis, das Frenulum glandis ist zerrissen. Die Claviculae und Tibiae fühlen sich rauh an. Urin dunkelbraun, trübe, enthält kein Eiweiss, wohl aber Gallenfarbstoff. Die Faeces sind entfärbt, lehmartig. Hauptklagen des Patienten sind: Schmerzen in der Lebergegend, starke Mattigkeit, Hautjucken.

Auf Faradisation der Gallenblase und den innerlichen Gebrauch von Jodkali, nahm die icterische Färbung der Haut ab, die Stühle zeigten wieder gallige Färbung, der Harn verlor den Gallenfarbstoffgehalt. Patient verliess am 27. October das Spital. Bei seinem Austritte bestand nur noch leichter Icterus und leichte Druckempfindlichkeit der Lebergegend. Der untere Leberrand überragte den Rippenbogen um Fingerbreite, fühlte sich noch hart an. Die Milz war ebenfalls noch etwas vergrössert.

6. Krankheitsfall.

K. W. 44 Jahre alt, war vom 29. November 1875 bis zum 24. Januar 1876 im Juliushospital in Behandlung. Patient überstand ausser den Jugendkrankheiten, Scharlach und Masern, im 32. Lebensjahre Lungenentzündung, im 35. Gesichtsrose, war sodann gesund bis zum 44. Lebensjahre. Am 18. November 1875 stellte sich ziemlich plötzlich Schmerzhaftigkeit und Spannung im Gesicht und in den Füssen ein. In der darauffolgenden Nacht schwollen Gesicht und Füsse an. Da die Schwellung in den nächsten Tagen immer mehr zunahm, suchte Patient am 29. November das Spital auf. Der Status praesens bei der Aufnahme war folgender:

Kranker ist von mässig kräftigem Körperbau und mässig guter Ernährung; Gesicht fahlblass gefärbt, in leichtem Grade gedunsen. Die Lippen sind leicht livide, das Zahnfleisch geschwellt, die Zunge voluminös, an der Basis weiss belegt, die Rachentheile stark hyperämisch, die Supraclaviculargruben eingesunken. In der rechten Fossa supraclavicularis ist der Percussionsschall etwas kürzer als links, sonst überall im Bereiche der Lungen heller voller Schall. Die untern Lungengrenzen finden sich in normaler Höhe. Das Athmungsgeräusch ist auf beiden Lungen von zahlreichen pfeifenden, schnurrenden und rasselnden Geräuschen verdeckt. Die Herzdämpfung befindet sich oben am untern Rande der 4. Rippe, rechts am rechten Sternalrande, links in der Papillarlinie. Spitzenstoss ist verbreitert im 5. u. 6. Intercostalraum fühlbar; im Epigastrium ziemlich deutlich sicht- und fühlbare Pulsation. An der Herzspitze hört man ein kurzes, rauhes, systolisches Geräusch, ein ähnliches an der Tricuspidalklappe. Der erste Aorten- und Pulmonalton ist lang gezogen, der zweite verstärkt. Der Unterleib ist ziemlich stark gewölbt, fühlt sich gespannt an, ist bei Druck nicht schmerzhaft, nur im Epigastrium etwas empfindlich. In der Lebergegend fühlt man eine bis zur Nabelhöhe reichende stärkere Resistenz. Die untere Leberdämpfung steht allenthalben um circa 2 Finger Breite tiefer als normal. Die Milz ist nicht vergrössert. Der übrige Theil des Abdomens ergibt bis in die tiefsten Partieen tympanitischen Schall. Die rechte Nierengegend ist etwas mehr gewölbt, als die linke, jedoch gegen Druck nicht empfindlich. Die Inguinal- sowie Cervical-Lymphdrüsen sind geschwellt. Am Penis Nichts abnormes, an den Tibiae leichte Rauhigkeiten. Die Knöchelgegend beiderseits ist in geringem Grade ödematös, Urin

reichlich, hellgelb, klar, mit dem spezifischen Gewichte 1012, ohne Eiweiss und Zucker. Sputa spärlich, catarrhalisch, Temperatur normal, Puls gross, voll, Arterienrohr leicht rigide, etwas geschlängelt.

Patient wurde behandelt mit Syrup. ferri jodat. Es trat Besserung ein. Die Oedeme liessen nach. Am 24. Januar 1876 verliess Patient das Spital. Schwellung, vermehrte Resistenz und Druckempfindlichkeit der Leber waren noch vorhanden.

7. Krankheitsfall.

J. G., 47 Jahre alt, trat am 1. Februar 1878 in's Spital ein und verliess dasselbe am 20. desselben Monats. Patient gab bei seiner Aufnahme an, im 25. Lebensjahre harten Schanker gehabt zu haben. Derselbe sei behandelt, mit Tropfen und Pillen. 14 Jahre später stellte sich ein abschuppender Ausschlag am ganzen Körper ein. Seit November 1877 bemerkte er Anschwellung beider Füsse welche sich Ende Dezember 1877 bis ungefähr an die Kniee erstreckte. Von da an nahm die Anschwellung in ihrer Ausbreitung nach oben beständig zu. Auch stellte sich Ascites, Verringerung der Urinmenge und häufiger Harndrang ein. Diese Beschwerden brachten Patient am 1. Februar 1878 in's Spital, wo man folgenden Status aufnahm:

Kranker ist in ziemlich hohem Grade abgemagert. An Nase und Wange finden sich zahlreiche ectatische Venen, Ohren und Schleimhäute sind anämisch, das Zahnfleisch ist geschwellt. Die Zähne zeigen eine auffällige Querfurchung; die Zunge ist weiss belegt, Rachentheile blass. Beide Claviculae sind unregelmässig verdickt, Tibiae rauh. An der Haut des Rückens finden sich 3 gut über Hand-

teller grosse Narben, die zum Theil entfärbt, zum Theil noch etwas geröthet, von Gefässen durchzogen sind. Das Gesicht ist leicht gedunsen. Die Haut des übrigen Körpers ödematös, ziemlich stark in beiden Lendengegenden und an den untern Extremitäten; an letzteren finden sich noch mehrere frische bis 10-Pfennigstück grosse Narben. Inguinaldrüsen sind wenig geschwellt, ebenso die übrigen peripheren Lymphdrüsen. An der Glans penis befindet sich eine halbbohnengrosse Narbe, an der Corona glandis eine nahezu die ganze Circumferenz einnehmende Induration. Die Untersuchung der Lungen ergibt ausser einem mässigen linksseitigen Exsudate und Catarrh der Spitzen, besonders der rechten, keine wesentlichen Abnormitäten. Herzdämpfung ist normal, Töne rein. Der Unterleib ist etwas aufgetrieben, besonders in der obern Hälfte stärker als gewöhnlich gewölbt. In der Lebergegend besteht stärkere Resistenz, sowie vermehrte Druckempfindlichkeit. Besondere Knollen sind nicht zu fühlen. Die untere Grenze der Leberdämpfung steht am Rippenbogen. Auch die Dämpfung des linken Lappens überragt den Processus ensiformis nicht. Die Milz ist nach vorn wenig vergrössert, grösste Breite beträgt nicht ganz 8 Cm. In den tiefsten Partieen des Abdomens besteht Dämpfung des Percussionsschalles mit Veränderung desselben bei Lagewechsel. Harn dunkelroth, klar, enthält eine Spur Eiweiss. Puls ist klein, weich, leicht unterdrückbar; Sputa spärlich, catarrhalisch. Die Hauptklagen des Patienten sind: Spannung in den untern Extremitäten, Athmungsbeschwerden, sowie Schmerzhaftigkeit in der Lebergegend.

Behandelt wurde Patient während seines sechswöchentlichen Aufenthaltes im Spital mit Syrup. ferr. jodat. Die Oedeme nahmen rasch ab. Patient verliess am 20. Februar

1878 das Spital. Geringe Schmerzhaftigkeit und vermehrte Resistenz in der Lebergegend sowie geringe Milzschwellung bestanden noch fort.

Am Schluss meiner Arbeit erlaube ich mir im Anschluss an die Krankengeschichten noch einige Worte über die Behandlung der Lebersyphilis. Die Therapie hat vor allen Dingen dem aetiologischen Momente, der constitutionellen Syphilis, Rechnung zu tragen. Da die syphilitische Erkrankung der Leber meistens erst im tertiären Stadium des Allgemeinleidens zur Beobachtung kommt, so empfehlen sich am besten die Jodpraeparate, Jodkali oder bei grösserer Anämie Jodeisen. In den 3 von mir zuletzt mitgetheilten Fällen wirkten dieselben ziemlich günstig. Schon nach mehrwöchentlichem Gebrauch trat bedeutende Besserung ein. Die Oedeme wurden rückgängig, die Schmerzen in der Lebergegend milderten sich. Manche Autoren sahen auch gute Erfolge vom Gebrauche des Quecksilbers, besonders der grauen Salbe. Von einer syphilitischen Behandlung darf man nur da Abstand nehmen, wo die Patienten sehr schwach sind. Hier ist ein roborirendes Verfahren indicirt. Ist durch eine antiluetische Behandlung keine Besserung zu erzielen, so ist man auf eine symptomatische Behandlung angewiesen. Bei sehr starken Oedemen und Ascites verordnet man am besten warme Bäder oder subcutane Pilocarpininjectionen, falls sie vertragen werden. Sollten diese nicht zum Ziele führen, so kann man vorübergehend Erleichterung verschaffen durch Scarificationen der Haut, event. Punktion des Abdomens unter antiseptischen Cautelen. Dies Verfahren wurde bei meinen beiden zuerst angeführten Fällen angewandt. Die Wirkung war mo-

mentan eine eclatante. Leider kehrten die Oedeme rasch wieder, da die Ursache derselben noch fortbestand. Gegen starke Schmerzen in der Lebergegend empfehlen sich am besten warme Cataplasmen und subcutane Morphiuminjectionen. Die diätetische Behandlung der Lebersyphilis muss eine roborirende sein.